

## Актуальные вопросы ухода и реабилитации в работе медсестры с тяжелыми пациентами, имеющими хронические нарушения уровня сознания

А.С. Семенова,

Центр неврологии и персонифицированной реабилитации Клинической больницы №1 АО «Группа компаний «Медси»

### Информация об авторе

Семенова Анна Сергеевна, старшая медицинская сестра центра неврологии и персонифицированной реабилитации Клинической больницы №1 АО «Группа компаний «Медси»

### Резюме

Вегетативное состояние, или апаллический синдром – это состояние, которое возникает на фоне тяжелого поражения головного мозга. Вегетативный статус характеризуется значительным нарушением высших нервных функций при том, что работа автономной (вегетативной) нервной системы остается почти полностью сохранной.

В работе рассматриваются основные направления работы медсестры с пациентами, находящимися в вегетативном состоянии. Особую значимость имеет описание конкретных клинических случаев, практические примеры работы с данной группой пациентов.

**Ключевые слова:** сестринский уход в паллиативной помощи, медицинская помощь пациентам в вегетативном состоянии, качество медицинской помощи.

**Для цитирования:** Семенова А.С. Актуальные вопросы ухода и реабилитации в работе медсестры с тяжелыми пациентами, имеющими хронические нарушения уровня сознания. Медицинская сестра, 2021; 2 (23): 42–45.

DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-02-09>

### Actual aspects of medical care and rehabilitation in nurse's work with patients in severe, who have chronic mental disorders

A.S. Semenova, Neurology and Individual Rehabilitation Center, Medsi Group of companies, JS

### Information about the author

Anna S. Semenova, Senior Nurse, Neurology and Individual Rehabilitation Center, Medsi Group of companies, JS

### Abstract

A vegetative state, or appallic syndrome, is a condition that occurs against a background of severe brain damage. The vegetative status is characterized by a significant violation of the higher nervous functions, while the work of the autonomic (autonomic) nervous system remains almost completely intact.

The paper discusses the main areas of nurse's work with patients in a vegetative state. The description of specific clinical cases, practical examples of work with this category of patients brings special significant value of this article.

**Key words:** nursing in palliative care, medical care for patients in a vegetative state, quality of care.

**For citation:** Semenova A.S. Actual aspects of medical care and rehabilitation in nurse's work with patients in severe, who have chronic mental disorders. The Nurse, 2021; 2 (23): 42–45. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-02-09>

В Центре неврологии ежегодно проходят лечение около 950–1000 пациентов. Из них с хроническим нарушением уровня сознания (ХНС) – 10%. Средняя продолжительность госпитализации таких больных составляет 30-60 дней.

**Вегетативное состояние**, или апаллический синдром – это состояние, которое возникает на фоне тяжелого поражения головного мозга. Термин впервые был введен в 1972 году. В. Jennet F. Plum в классической работе описали и предложили название синдрома, которое всех устроило. Вегетативный статус характеризуется значительным нарушением высших нервных функций при том, что работа автономной (вегетативной) нервной системы остается почти полностью сохранной. В основе синдрома лежит церебральная дисфункция, возникающая вследствие воздействия различных повреждающих мозг факторов. По характеру действия выделяют три типа этиофакторов.

#### 1. Механические

- Тяжёлые черепно-мозговые травмы
- Ушибы головного мозга
- Диффузное аксональное повреждение.

Такие повреждения вызывают кому с переходом в вегетативное состояние в 50% случаев.

#### 2. Метаболические

- Гипоксическое поражение мозга развивается в результате обширного ишемического инсульта, остановки сердца, асфиксии, зна-

чительной артериальной гипотонии, отравления угарным газом.

- Токсическое повреждение церебральных структур наблюдается при передозировке наркотических средств, воздействии нейротропных ядов, острых дисметаболических состояниях (уремия, печёночная кома, гипер- или гипогликемия при сахарном диабете).

### 3. Органические

- Опухоли головного мозга
- Внутричерепные кровоизлияния
- Инфекционные поражения (энцефалит, менингит)

Обусловлены структурными изменениями церебральных тканей:

- Отсутствие сознания и самостоятельной двигательной активности
- Необходимость протезирования функций глотания, дыхания, физиологических отпавлений
- Высокий риск развития вторичных осложнений
- Необходимость непрерывного проведения мероприятий по уходу и реабилитации
- Адекватное питание и гидратация
- Обеспечение физиологических отпавлений
- Санация дыхательных путей
- Гигиенический уход (обработка полости рта)
- Профилактика вторичных осложнений (противопролежневые мероприятия, профилактика тромбозов, развития гипостатической, аспирационной пневмонии)
- Лечебная гимнастика, физиотерапия

Сестринский уход за пациентами в вегетативном состоянии включает в себя несколько направлений работы.

- Адекватное питание и гидратация
- Обеспечение физиологических отпавлений
- Санация дыхательных путей
- Гигиенический уход
- Профилактика вторичных осложнений (противопролежневые мероприятия, профилактика тромбозов, развития гипостатической, аспирационной пневмонии)
- Лечебная гимнастика, физиотерапия

Остановимся на некоторых из них.

#### Уход за полостью рта

Казалось бы, такая рутинная манипуляция как уход за полостью рта, имеет не маловажное значение. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента — это комплекс действий, которые направлены на проведение качественной антисептической обработки слизистой оболочки щек, поверхности языка и эмали зубов. В своей прак-

тике мы используем специальные наборы, которые легко присоединяются к отсосу. Обработку полости рта проводим не менее двух раз в день.

Алгоритм действий медсестры при проведении данных процедур выглядит следующим образом:

- Приподнять голову и плечи больного, а затем подложить под них максимально высокую подушку. На данном этапе осуществления гигиенической процедуры необходимо следить за тем, чтобы пациент находился в предельно вертикальном положении. В противном случае повышается риск попадания жидкости в гортань.
- Открыть пациенту рот, а затем зафиксировать ортодонтическое (фиксирующее) кольцо, которое удерживает верхнюю и нижнюю челюсти постоянно разведенными.
- С помощью ватных салфеток и водного раствора любого антисептика провести антисептическую очистку слизистой оболочки щек и языка.
- Выполнить плавную и качественную чистку эмали зубов зубной щеткой, передвигаясь от задних моляров к их переднему ряду, используя кругообразные движения.

Данные манипуляции выполняются до тех пор, пока ротовая полость больного не станет полностью чистой. По завершению гигиенической процедуры следует изъять фиксиционное кольцо, удерживающее верхнюю и нижнюю челюсть.

Для проведения используем аспирационные щетки и тампоны.



В своей практике при обработке полости рта у пациентов в вегетативном состоянии мы используем специальные наборы, которые легко присоединяются к отсосу. Обработку полости рта проводим не менее двух раз в день.

#### Кормление

Кормление пациентов — ещё одна из ключевых манипуляций в уходе за пациентами. Мы в своей практике приучаем пациента воспринимать пищу небольшими порциями, приближая к режиму питания обычного человека и так же освобождаем больше времени для полноценной реабилитации,

зачастую требующей высокой степени мобильности.

Питание в назогастральный зонд осуществляется дробно, стандартно пять раз в день (ночное время исключаем) по следующей схеме: 200 мл. питания + 200 мл. воды. При этом обязательно ведется учет выпитой и выделенной жидкости с соответствующими записями в истории болезни. Каллораж подбирается индивидуально, с учетом особенностей пациента.

Уход за зондом осуществляется непосредственно после каждого кормления, путем промывания кипяченой водой в объеме не менее 100 мл. Строгий контроль даты установки (замена зонда каждые 6-8 недель или по необходимости).

- Обеспечение адекватной нутритивной поддержки. Питание в назогастральный зонд (гастростому) осуществляется дробно, стандартно 5 раз в день (ночное время исключаем). 200 мл. питания + 200 мл. воды, при этом обязательно ведется учет выпитой и выделенной жидкости с соответствующими записями в истории болезни. Каллораж подбирается индивидуально, с учетом особенностей пациента.
- Уход за зондом осуществляется непосредственно после каждого кормления, путем промывания кипяченой водой в объеме не менее 100 мл. Строгий контроль даты установки ( замена зонда каждые 6-8 недель или по необходимости).
- Дробная методика кормления применяется с целью обеспечения свободного временного пространства и мобильности пациента, для обеспечения проведения реабилитационных мероприятий.



### Санация

Частота санаций трахео-бронхиального дерева, регулируется индивидуально, учитывается количество и характер отделяемого секрета (мокроты). Так же контроль даты установки и замены ТСТ. В целях профилактики появления аспирационной

пневмонии используются трахеостомические трубки с портом для надманжеточной аспирации.

### Профилактика возникновения пролежней

- Для предупреждения пролежней хорошо использовать противопролежневые матрасы. Их конструкция позволяет увеличивать площадь опорной поверхности кожи за счет регулирования давления в матрасе в зависимости от веса больного. Регулярная, оптимально 1 раз в 5 минут, смена давления в разных частях матраса приводит и к смене давления на разных участках кожи, контактирующей с матрацем.
- Лечение положением. Лучшими способами профилактики образования пролежней являются частая смена положения тела и тщательный уход за кожей. Прикованных к постели пациентов лучше переворачивать каждые 2 часа.
- Дренажный массаж грудной клетки ( проводится по назначению врача, не менее одного раза в сутки).

**Лечебная гимнастика и укладки**

Рис. 22. Положение пациента в кровати при выполнении упражнений на спине.

Рис. 23. Положение пациента в кровати при выполнении упражнений в положении сидя.

Укладка в положении на спине  
Укладка в положении на здоровом боку  
Укладка на паретичной стороне  
Укладка на здоровой стороне

Рис. 24. Положение пациента в кровати при выполнении упражнений на здоровом боку.

Рис. 25. Положение пациента в кровати при выполнении упражнений на паретичной стороне.

### Ортезирование

Ортезирование – это консервативный метод лечения. Его суть заключается в сохранении и восстановлении функций и формы пораженных отделов с помощью специальных медицинских приспособлений - ортезов.

### Клинический случай из нашей практики

Пациент М, 32 лет

13.04.2018 получил тяжелую травму в результате ДТП. С места происшествия доставлен в Ферганскую больницу. Там больному произведено ПХО ран, проводилась интенсивная терапия, с целью длительной ИВЛ 19.04.2018 проведена трахеостомия.

11.06.18 – поступление в КБ №1.

**Неврологический статус при поступлении:**

Сознание на уровне комы. Зрачки одинаковы. Глаза открыты. Команды не выполняет. Взгляд не

фиксирует. Роговичный рефлекс вызывается. Мышечную силу достоверно не оценить. Сухожильные рефлексы симметричны с обеих сторон. Чувствительную сферу исследовать не удалось из-за нарушения сознания. Менингеальных симптомов нет. Функции тазовых органов не контролирует.

Закрытая черепно-мозговая травма от 13.04.2018. Ушиб головного мозга тяжелой степени с контузионным очагом в мозолистом теле. Субарахноидальное кровоизлияние. Закрытая позвоночно-спинномозговая травма. Ушиб шейного отдела спинного мозга. Закрытый перелом боковой массы VC1 справа. Закрытая травма грудной клетки. Закрытые переломы 1, 2, 3 ребер с обеих сторон. Ушиб легких. Закрытый перелом левой лопатки. Ушибленно-ушитарная рана левой теменной и лобной области слева. Разрыв ключично-акромиального сочленения справа.

Субдуральные гидромы лобно-теменно-височной области с обеих сторон. Вторичная ишемия головного мозга. Сепсис. Септическая пневмония, гепатит, кардит, менингоэнцефалит. Опорожнения субдуральной гидромы лобных областей из фрезевых отверстий с денированием субдурального пространства от 24.04.2018. Психоорганический синдром. Спастический тетрапарез. (S09.9) (ДТП). Пролежень крестца. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, детрузор-сфинктерная диссинергия. Хронический простатит.

**Динамика состояния:** на фоне проводимых комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий отмечалась положительная динамика в виде повышения уровня сознания до ясного, восстановления глотания, появления и улучшения речевой функции, появления активных движений в конечностях, улучшения манипулятивных функций рук, повышения толерантности к физической нагрузке, улучшения ходьбы пациента, когнитивных функций (увеличение МОСА до 11), речи; восстановления функции тазовых органов.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
Статья не имеет спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.  
The article is not sponsored.



#### Литература:

1. Новикова Н.С., Кузьмина Т.Н., Морозов А.М., Морозова А.Д., Сергеев А.Н. Особенности гигиены и ухода за ушами у тяжелобольных. Медицинская сестра, 2020; 4 (22): 50-52 <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-04-10>
2. Шкарин В.В., Ивашев В.В., Емельянова О.С., Симаков С.В., Скворцов В.В., Малякин Г.И. Проблема обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи. Медицинская сестра, 2020; 5 (22): 37-40 <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-07>
3. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Прощаев К.И., Рождественская О.А. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность. Врач, 2020; 6 (31): 5-9 <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01>
4. Бурцев А., Гизатулина Л., Ильницкий А., Прощаев К., Ткаченко Е. Гериатрический подход и деменция: повышение квалификации специалистов. Врач, 2018; 6 (29): 79-83 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-18>
5. Пономарева И., Павлова П., Якушева Е., Бутикова Е. Острый болевой синдром в гериатрической практике: диагностика, причины, помощь. Врач, 2016; 6 (27): 11-13
6. Оленская Т., Коневалова Н., Прощаев К., Козлов К., Полторацкий А. Возможности индивидуализации лечебно-реабилитационных программ в гериатрии. Врач, 2017; (6): 47-51

